Aus der Nervenabteilung des St. Georgs-Krankenhauses Breslau
Leitender Arzt: Prof. Dr. Mann.

Ueber die

myoklonische Form der Encephalitis.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medicinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.

Vorgelegt von

Werner Reimold,

prakt. Arzt in Breslau.

1924

Gedruckt mit Genehmigung
der
medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Mann.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Der hier im Auszug wiedergegebenen Arbeit liegen 80 Fälle von Encephalitis zugrunde, die von Prof. Mann seit Beginn der Epidemie 22/23 bis Herbst 23 teils stationär, teils ambulant behandelt und vom Verfasser teilweise mit beobachtet wurden. Unter diesen finden sich bei einer auffallend großen Zahl — 37! — myoklonische Symptome — und zwar zeigten 23 das Symptomenbild der Myoklonie in reiner Form, die übrigen eine Kombination mit Symptomen der Paralysis agitans, Chorea und Athetose —, 23 das der Paralysis agitans, 15 polymorphe Symptome, der Rest chorea- und athetoseähnliche Bilder. Die Myoklonien stammen fast ausnahmslos aus der Epidemie 22/23, während sie Prof. Mann früher nur ganz vereinzelt sah. Reine Parkinsonbilder sind in diesem Winter überhaupt nicht bekannt geworden, sie stammen aus den Jahren 20 u. 21, vereinzelt auch aus den Epidemien der Kriegszeit.

Der Beginn der myoklonischen Zuckungen fiel dabei entweder in das akute Stadium der Erkrankung, bisweilen auch in eine spätere Phase, in vereinzelten Fällen noch nach Jahr und Tag, in einem Falle nach $3^3/_4$ Jahren. Nach der Häufigkeit der betroffenen Muskeln stehen an erster Stelle die Cloni der Adduktoren des Oberarmes (besonders des Musc. pectoralis), Flexoren des Oberarmes (Biceps, brachialis internus, brachioradialis) sowie sämtlicher oberflächlichen und tiefen Beuger des Unter-

armes und der Interossei. Resultat: Adduktion des Oberarmes, Beugung des Unterarmes und interosseale Fingerstellung. Synchron damit in vielen Fällen ist die Polypnoe (Stern) — Diaphragma, Intercostales, Hilfsmuskeln in wechselnder Beteiligung. Seltener betroffen ist die untere Extremität, noch am häufigsten die Extensoren des Unterschenkels, bisweilen aber auch die Beuger und Adduktoren des Oberschenkels. Ein weiterer häufiger Typus sind Cloni der mimischen Muskulatur, seltener der Kaumuskulatur (Schließ- und Mahlbewegungen), der Hals- und Nackenmuskulatur (M. scalenus, sternocleido, trapezius). Die Bauchmuskulatur war in dieser Epidemie nur in vereinzelten Fällen befallen. Die Zuckungen sind durch folgende Momente charakterisiert: 1. Verschieden rasch ablaufende, meist mit großer Kraft ausgeführte Zuckungen, selten blitzähnlichen Charakters, im einzelnen, besonders hinsichtlich des lokomotorischen Effektes von der physiologischen Funktion des betr. Muskels abhängig, oft synergische, seltener isolierte Muskeln befallend. Diese Eigenschaften und ein oft vorherrschender ganz bestimmter Rhythmus stellen diese Myoklonien in Gegensatz zum alten Begriff der Myoklonie. 2. Im Schlafe sistieren die Zuckungen. 3. Abhängigkeit von psychischen Einflüssen und Temperaturreizen. 4. Beeinflussung durch Bewegungsintention, Hyperextension, Kontraktion, Gegendruck usw.

Der übrige neurologische Befund ist charakterisiert durch häufige Augensymptome, gesteigerte Reflexe, Fehlen von Pyramidensymptomen und Sensibilitätsstörungen, häufige Schmerzen (algisch-myoklonische Form). Die Lumbalpunktion ergab meist mäßig starke Lymphocytose, positive Globulinreaktion, bisw. Agglutination von Influenzaserum, kulturell Staphylococcus aureus und albus, in einem Falle Streptococcus viridans im Blut. Die Myoklonien werden in das Corpus striatum lokalisiert, da sich die meisten Symptome einheitlich unter dem Gesichtspunkte des extrapyramidalen Symptomenkomplexes erfassen lassen.

Verlauf und Prognose: teils nach kürzeren, bis mehrmonatlichem Bestehen restlos oder mit beschränkter Arbeitsfähigkeit abheilend, meist in ein langdauerndes, sehr schwer beeinflußbares, in der Intensität abgeschwächtes chronisches Stadium übergehend. Therapeutisch wurden Injektionen von Elektrokollargol und Trypaflavin angewandt, symptomatisch hatten Hyoscin, Calcium (besonders Afenilinjektionen), Magnesium, Bäder, in der Nachbehandlung Arsen gute Wirkung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548214_0089

Lebenslauf.

Ich bin geboren am 21. August 1895 als Sohn des evang. Stadtpfarrers Ludwig Reimold in Menzingen in Baden. Nach Absolvierung der Realschule in Eppingen trat ich 1910 in das humanistische Gymnasium in Heidelberg ein und bestand 1913 das Abiturientenexamen. Im Wintersemester 1913/14 und Sommersemester 1914 studierte ich in Freiburg Rechtswissenschaft. Den Weltkrieg machte ich auf den verschiedensten Kriegsschauplätzen von Beginn bis zum Ende mit und wurde im Laufe des Krieges zum Offizier befördert.

Nach der Rückkehr aus dem Felde widmete ich mich dem Studium der Medizin in Heidelberg, wo ich 1920 die ärztliche Vorprüfung bestand. Die klinischen Semester verbrachte ich vorwiegend in Breslau und bestand 1922/23 die ärztliche Staatsprüfung. Meine Approbation stammt aus dem Oktober 1923.

Während des praktischen Jahres war ich an der medizinischen Poliklinik (Prof. Bittorf) und der Universitäts-Hautklinik (Geh.-Rat Jadassohn) in Breslau tätig.

J. J. REIFF, KARLSRUHE.